PROCESSO Nº:______________

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Este questionário faz parte do seu processo nesta clínica. As perguntas referem-se à sua história de saúde passada e actual e o seu conteúdo é da maior importância para a equipa de saúde oral e para si próprio. Todas as respostas são confidenciais.

Nome:____
Morada:____
Telefone: ________________________________
Data de Nascimento:________________________Estado Civil:____
Profissão:____

1.Como teve conhecimento desta consulta?____
2.Porque motivo veio à consulta de Higiene Oral?____

Instrucções para preenchimento
Circule a resposta correcta. Sempre que tiver alguma dúvida deixe a pergunta em branco.

3. Já fez tratamentos dentários? sim não
4. Quando é que foi a sua última visita ao Dentista/Higienista?
Menos 1 anos / 1-2 anos/ 2-5 anos/mais de 5 anos
(sublinhe o que mais se adequa).
5. Tem medo de fazer algum tratamento? sim não
6. Fuma? sim não
7.Considera o seu estado de saúde geral: Bom, Médio ou Baixo? ______________________
8. Quando foi a última vez ao médico?____
9. Actualmente está a fazer algum tratamento? sim não
10. Está a tomar algum medicamento? sim não
11 Tem ou já teve algumas das seguintes doenças ou condições?

1-Diabetes	sim não	14-Úlcera gástrica	sim não
2-Problemas renais	sim não	15-Herpes	sim não
3-Hemodiálise	sim não	16-Hepatite	sim não
4-Febre reumática	sim não	Se sim, que tipo?_____	
5-Problemas cardíacos	sim não	17-Tuberculose	sim não
6-Pace-maker	sim não	18-HIV +	sim não
7-Tensão arterial: Alta	sim não	19-Reumático	sim não
Baixa	sim não	20-Glaucoma	sim não
8-A.V.C.(ex:Trombose)	sim não	21-Problemas de tiroide	sim não
9-Doenças de sangue	sim não	22-Próteses articulares	sim não
10-Terapia anticoagulante	sim não	23-Epilepsia	sim não
11-Alergias	sim não		
12-Asma	sim não	24-Outras doenças?	
13-Sinusite	sim não	_______________________________	

12. Já esteve hospitalizado ou foi operado? sim não
13. Já foi submetido a tratamento devido a um tumor (quimioterapia; radioterapia; cirúrgia)? sim não
14. Já teve **reacção alérgica a algum medicamento**? sim não
Penicilina / Aspirina / Anestésicos (sublinhe o que se adequa)
Outros ____
Como se manifestou?____________________________________
15. Tem **dificuldades de cicatrização** (ex: curar uma ferida)? sim não
16. (Para pacientes do sexo feminino): Está grávida? sim não
17. Tem familiares com alguma das seguintes doenças?
a) Diabetes sim não
b) Hipertensão Arterial sim não
c) Doenças de sangue sim não

Assinatura (próprio / responsável)________________________________

Esta área será preenchida pelo seu Higienista/ Dentista:

Data	**Comentários**	**Assinatura**

Data	Comentários	Assinatura